

Facture pour la contribution d'assistance

Date de la facture _____

Assuré

Nom, Prénom _____

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré) _____

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Décompte

NIF (est attribué après la première facturation) _____

Numéro de la communication / décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx x) _____

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture) _____

Adresse du Titulaire de Compte _____

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte _____

Période comptable	année: _____	<input type="checkbox"/> janvier <input type="checkbox"/> février <input type="checkbox"/> mars <input type="checkbox"/> avril	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> juin <input type="checkbox"/> juillet <input type="checkbox"/> août	<input type="checkbox"/> septembre <input type="checkbox"/> octobre <input type="checkbox"/> novembre <input type="checkbox"/> décembre	Présenter la facture à la fin de la période comptable	
Prestations dispensées		Heures effectivement fournies	Nombre de nuits	Taux en CHF	Montant en CHF	Code tarifaire
Prestations d'assistance avec qualification standard						665.01
Prestations d'assistance avec qualification partiulière						665.02
Prestations de nuit						665.03
Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur Prière de remplir la feuille annexe 1						665.05
Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur Prière de remplir la feuille annexe 2						665.06
Avance						665.07

Total en CHF _____

Dans la période comptable, une phase aïgue a eu lieu ou la phase aïgue entrée dans la période comptable précédente continue-t-elle ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	du: _____	au: _____
(Si oui, prière de joindre une attestation d'un médecin)			

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI:

Informations concernant le décompte

Qu'est-ce qui peut être facturé

- Prestations d'assistance avec qualification standard
- Prestations d'assistance avec qualification particulière
- Prestations de nuit

Qui peut fournir de l'aide?

Une personne physique (assistant) sur la base d'un contrat de travail

Qui ne peut pas fournir de l'aide?

- Époux
- Partenariat civile enregistré
- Compagnon de vie
- Parents en ligne directe de l'assuré

Remarques/Compléments

Feuille annexe 1: Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur (art. 324a CO)

(Prière de joindre l'attestation concerné d'un médecin)

Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident		
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente	Montant de l'indemnité journalière	

Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident		
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente	Montant de l'indemnité journalière	

Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident		
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente	Montant de l'indemnité journalière	

Feuille annexe 2: Obligation de payer le salaire en cas de demeur de l'employeur (art. 324 CO) ²²

Poursuite du versement du salaire

du	au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		

Poursuite du versement du salaire

du	au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		

Poursuite du versement du salaire

du	au	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		